

**SOLICITUD Y DECLARACIÓN DE DATOS PARA UNA PERSONA MAYOR
DE 18 Y MENOR DE 21 AÑOS DE EDAD, A QUIEN SE LE HA COLOCADO
EN CUIDADO DE CRIANZA TEMPORAL EN SU CUMPLEAÑOS 18**

- Nueva solicitud
- Nueva determinación
- Solicitud de cobertura retroactiva por ____ meses
(La elegibilidad no puede establecerse antes del 10/01/00.)

COUNTY USE ONLY

Case name: _____
Case number: _____
Date of discontinuance: _____

Nombre		Fecha de nac. (mes/día/año)	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
Número de teléfono ()		Número de seguro social		
Dirección (número, calle)	Ciudad	Estado	Código postal	
Dirección postal (si es diferente) (número, calle, apartado postal)	Ciudad	Estado	Código postal	
¿Tiene usted otro seguro médico (a través del trabajo o de sus padres)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Si así es, nombre de la compañía de seguros			Número de póliza	

Declaro, bajo pena de perjurio, en conformidad con las leyes del Estado de California, que las respuestas que he dado en esta solicitud son verídicas y correctas a mi leal saber y entender.

Firma	Fecha
-------	-------

Instrucciones

Si usted está completando esta solicitud, esto es debido a que estuvo en cuidado de crianza temporal cuando cumplió 18 años de edad. La Ley de 1999 sobre la Independencia del Cuidado de Crianza Temporal (*Foster Care Independence Act*) le permite que reciba beneficios de Medi-Cal, sin parte del costo, hasta que cumpla 21 años de edad. Conforme a esta ley, a usted no se le requiere mostrar pruebas de ingresos ni recursos (como por ejemplo un automóvil) para reunir los requisitos para beneficios de Medi-Cal. Usted sólo tiene que haber estado bajo el cuidado de una familia o agencia de crianza temporal cuando cumplió 18 años de edad.

Una vez que usted haya completado este formulario, usted tendrá que enviarlo por correo, o llevarlo a su departamento local de servicios sociales de su condado. Consulte su guía telefónica para encontrar la oficina más cercana.

Si usted se muda, seguirá reuniendo los requisitos para beneficios de Medi-Cal, pero tendrá que avisar a su trabajador(a) de elegibilidad de su condado sobre su cambio de dirección. Si usted se muda del condado en donde vivía cuando solicitó beneficios, el/la trabajador(a) del condado tendrá que cambiar la información en su caso, a fin de que usted pueda continuar recibiendo cobertura médica sin dificultades. Si usted tiene cualesquier cambios en sus arreglos de vivienda, como por ejemplo el mudarse de nuevo con sus padres o casarse, o si está embarazada, avise a su trabajador(a) de elegibilidad inmediatamente para reportar el cambio. Sin embargo, estos cambios no afectarán su elegibilidad para este programa.

Si usted se muda fuera del estado, es posible que siga reuniendo los requisitos para recibir beneficios médicos en su nuevo estado, pero usted tendrá que solicitar estos beneficios en el nuevo estado de residencia.